

靜宜大學校園疑似食品中毒通報紀錄表

通報日期時間	年 月 日 時 分
學校資料	學校名稱：靜宜大學 連絡電話：(04)2632-8001 轉 11234 學校地址：臺中市沙鹿區台灣大道七段 200 號
疑似造成中毒原因	疑似造成中毒之食品：
	食品來源或廠商名稱：
用餐種類	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 校外營業場所（餐廳、小吃店） <input type="checkbox"/> 學校攤商：廠商名稱_____ <input type="checkbox"/> 便利商店：廠商名稱_____ <input type="checkbox"/> 外購餐盒：廠商名稱_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
進食時間	年 月 日 時 分
發病時間	年 月 日 時 分
就醫情況	攝食人數：學生_____人，教職員工_____人 疑似中毒人數：學生_____人，教職員工_____人 就醫人數：學生_____人，教職員工_____人 截至目前尚在醫院人數：學生_____人，教職員工_____人
中毒症狀	<input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 上腹痛 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏反應（ <input type="checkbox"/> 臉部潮紅 <input type="checkbox"/> 發癢 <input type="checkbox"/> 發疹 <input type="checkbox"/> 其他_____） <input type="checkbox"/> 神經症狀（ <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 暈眩 <input type="checkbox"/> 其他_____） <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）
就醫地點	醫療院（所）名稱：_____ （_____人次）就醫送診；（_____人次）回家休養
簡述處理情形	

填表人：

單位主管：

學務長：